

月 日 患者連絡票 (トリアージ票)

小児用

母子手帳持参 有 無 お薬手帳持参 有 無 初診 ・ 当月受診 有 ・ 無

1ヶ月以内の本人・同居家族の渡航歴 無・有 国名 ()

テント内記入
BT= °C

ふりがな 患者名：	年齢： 歳 ヶ月	男 ・ 女				
生年月日： H・R . .	体重	kg				
自宅住所：	TEL：					
保育園・幼稚園 園名 ()	通園なし					
園・校内で周囲で流行している病気： なし あり ()						
学校名 ()	小学校・中学校 年生					
通園・通学時の交通手段 (徒歩 ・ バス ・ 自転車 ・ 電車 ・ 車)						
今回の受診目的：	※本日の来院方法： 車 (TEL：) 車以外					
<input type="checkbox"/> 定期受診 (病名・症状：)						
<input type="checkbox"/> 前回の続き (/ 受診 当院・他院)						
<input type="checkbox"/> その他 (病名・症状：)						
他の医療機関への受診： 無 有 /	検査結果持参： 無 有					
	検査希望	ワクチン接種				
インフルエンザ	有 ・ 無	未 ・ (1 ・ 2 回済) ※周囲に感染者：いる () いない				
コロナ		未 ・ (回済) ※周囲に感染者：いる () いない				
※ご希望での検査は行っておりません。						
罹患した 病気	コロナ (年 月 日罹患) 突発性発疹 熱性けいれん 気管支喘息 花粉症 アトピー性皮膚炎 麻疹 風疹 おたふく 水ぼうそう アレルギー () その他 ()					
呼吸器症状 なし あり	咳	鼻水	咽頭痛	呼吸苦	味覚障害	嗅覚障害
	/ ~	/ ~	/ ~	/ ~	/ ~	/ ~
消化器症状 なし あり	嘔気	嘔吐	下痢	食欲低下	腹痛	
	/ ~	/ ~	/ ~	/ ~	/ ~	
その他 なし あり	発熱	倦怠感	関節痛	頭痛	発疹	
	/ ~	/ ~	/ ~	/ ~	/ ~	

・今飲んでいる (使っている) 薬について

- ①なし ②当院処方の内服薬 ③市販薬 ④他院処方薬を服用の場合内容と処方日数をお知らせください。

() ()

・飲み薬の希望 : シロップ 散剤 (粉薬) 錠剤 (粒) 特になし

裏面へ



